

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：劉靄宜

聯絡電話：(02)8590-6286

傳真：(02)8590-6090

電子郵件：lc713333@mohw.gov.tw

受文者：勞動部

發文日期：中華民國112年10月13日

發文字號：衛部顧字第1121962975A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21000000I_1121962975A_doc5_Attach1.pdf)

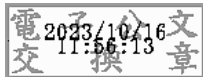
主旨：檢送醫療機構辦理聘僱外國人從事家庭看護工作之被看護者專業評估方式注意事項一份，請查照並轉知所屬私立就業服務機構。

說明：

- 一、依據外國人從事就業服務法第四十六條第一項第八款至第十一款工作資格及審查標準(以下稱審查標準)第18條第5項辦理。
- 二、旨揭注意事項函頒後，本部95年4月24日衛署照字第0952800729號函及110年3月12日以衛部顧字第1101960629號函停止適用；自112年10月15日起，辦理申請聘僱外國人從事家庭看護工作之專業評估注意事項及相關書表格式，依旨案所訂注意事項辦理，請轉知並廣為向所轄私立就業服務機構加強宣導。

正本：勞動部

副本：



醫療機構辦理聘僱外國人從事家庭看護工作之被看護者

專業評估方式注意事項

112 年 10 月 13 日

衛部顧字第 1121962975 號函

- 一、為使醫療機構辦理聘僱外國人於家庭從事就業服務法第四十六條第一項第八款至第十一款工作資格及審查標準(以下稱審查標準)第 4 條第 3 款家庭看護工作之被看護者專業評估方式參據，特定訂本注意事項。
- 二、本注意事項專業評估方式分為至醫療機構或到宅辦理。
- 三、本注意事項之醫療機構評估對象，係被看護者為審查標準第 18 條第 1 項，需經醫療機構以團隊方式所作專業評估，認定有照護需要者。
- 四、民眾申請至醫療機構或到宅辦理專業評估，應先行填具表單及提供下列資料：
 - (一)病症暨失能診斷證明書(以下稱診斷證明書，如附表 1):填妥現居地址以上欄位資料(粗框處)，並自行黏貼被照顧者 3 個月內 2 吋脫帽正面半身照片 1 張。
 - (二)申請聘僱外籍看護工基本資料傳遞單(如附表 2):填妥粗框欄位資料。
- 五、至醫療機構辦理專業評估方式，應注意事項如下：
 - (一)醫療機構應為經勞動部會商衛生福利部公告之指定醫療機

構。

- (二) 醫療機構應以團隊進行專業評估，認定被看護者之照護需要；團隊之成員，至少應有 2 位以上專業人員，應包含 1 位醫師及 1 位醫事/社工人員，專業評估結果應記載於診斷證明書(如附表 1)，診斷證明書效期為開立之日起 1 年內有效。
- (三) 被看護者應於同一醫療機構，由與所罹疾病相關之科別診察，始得向該醫療機構申請開立診斷證明書，醫師得依其醫療專業要求一定期間之診察始予開立診斷證明書。
- (四) 醫療機構團隊之成員，應依據被看護者就醫紀錄及其病症、病情、病況與健康功能之實際狀況並秉持醫療專業進行評估。

六、到宅辦理專業評估方式，應注意事項如下：

- (一) 民眾如有需要，可向被看護者住居所在地之直轄市、縣市長期照顧管理中心申請醫療機構到宅評估，直轄市、縣(市)長期照顧管理中心將指派醫療機構到宅進行專業評估。
- (二) 到宅評估之醫療機構，須為全民健康保險居家醫療照護整合計畫特約醫療機構，醫療機構依其科別分別向中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會及中華民國中醫師公會全國聯合會提出後，由各公會聯合會

定期彙整函送參與名單至衛生福利部，再由勞動部審核公告；如欲退出，請逕洽所屬公會全聯會，再由前開公會全聯會於次月提報更新名單至本部彙整後提送勞動部審核更新。

- (三) 到宅評估之醫療機構應以團隊方式進行專業評估，認定被看護者之照護需要；團隊之成員，至少應有 2 位以上專業人員，應包含 1 位醫師及 1 位醫事/社工人員，專業評估結果應記載於診斷證明書(如附表 1)，診斷證明書效期為開立之日起 1 年內有效。
- (四) 直轄市、縣(市)長期照顧管理中心指派之醫療機構，可由被看護者指定符合資格之家庭醫師，醫療機構或家庭醫師原則為被看護者接受其診察一定期間，始得受理其進行專業評估。
- (五) 醫療機構團隊之成員，應依據被看護者就醫紀錄及其病症、病情、病況與健康功能之實際狀況並秉持醫療專業進行評估。

七、醫療機構應設諮詢服務窗口，加強流程管控措施，杜絕弊端。

八、收費標準，由直轄市、縣(市)衛生主管機關核定；至於開立診斷證明書不應申請健保給付。

九、診斷證明書之記錄與保存：

- (一) 團隊依診斷證明書所載各項特定病症、病情、病況及健康功能附表內容與巴氏量表進行診察、診斷或檢查，並予以記錄。
- (二) 診斷證明書正本及各項特定病症、病情、病況及健康功能附表(含巴氏量表)資料等同病歷，醫療機構應依醫療法第70條規定保存。

十、資料表單確認及簽章：

- (一) 醫療機構於診斷證明書被照顧者照片黏貼處加蓋騎縫章或鋼印，編號繕寫流水編號，以利查證。
- (二) 診斷證明書、附表及申請聘僱外籍看護工基本資料傳遞單內之執行專業評估之醫療團隊成員應簽名並蓋職章。
- (三) 診斷證明書之「開立日期」與基本資料傳遞單之「開立日期」應一致。
- (四) 病症暨失能診斷證明書與其附表間請蓋騎縫章，並於診斷證明書副本2份加蓋醫療機構負責人章及醫療機構關防。

十一、診斷書及資料表單之交付：

- (一) 診斷證明書(不含各項特定病症、病情、病況及健康功能附表、巴氏量表)影本1份3日內掛號郵寄所留地址或面交申請人。
- (二) 掛號郵寄被照顧者現居地之直轄市、縣(市)政府長期照顧

管理中心之表單如下：

- 1、 診斷證明書影本。
- 2、 各項特定病症、病情、病況及健康功能附表及巴氏量表影本各 1 份。
- 3、 申請聘僱外籍看護工基本資料傳遞單副本 1 份。

(三) 郵資費用應由民眾自行負擔。

十二、直轄市、縣(市)政府協助申請聘僱外籍家庭看護工注意事項：

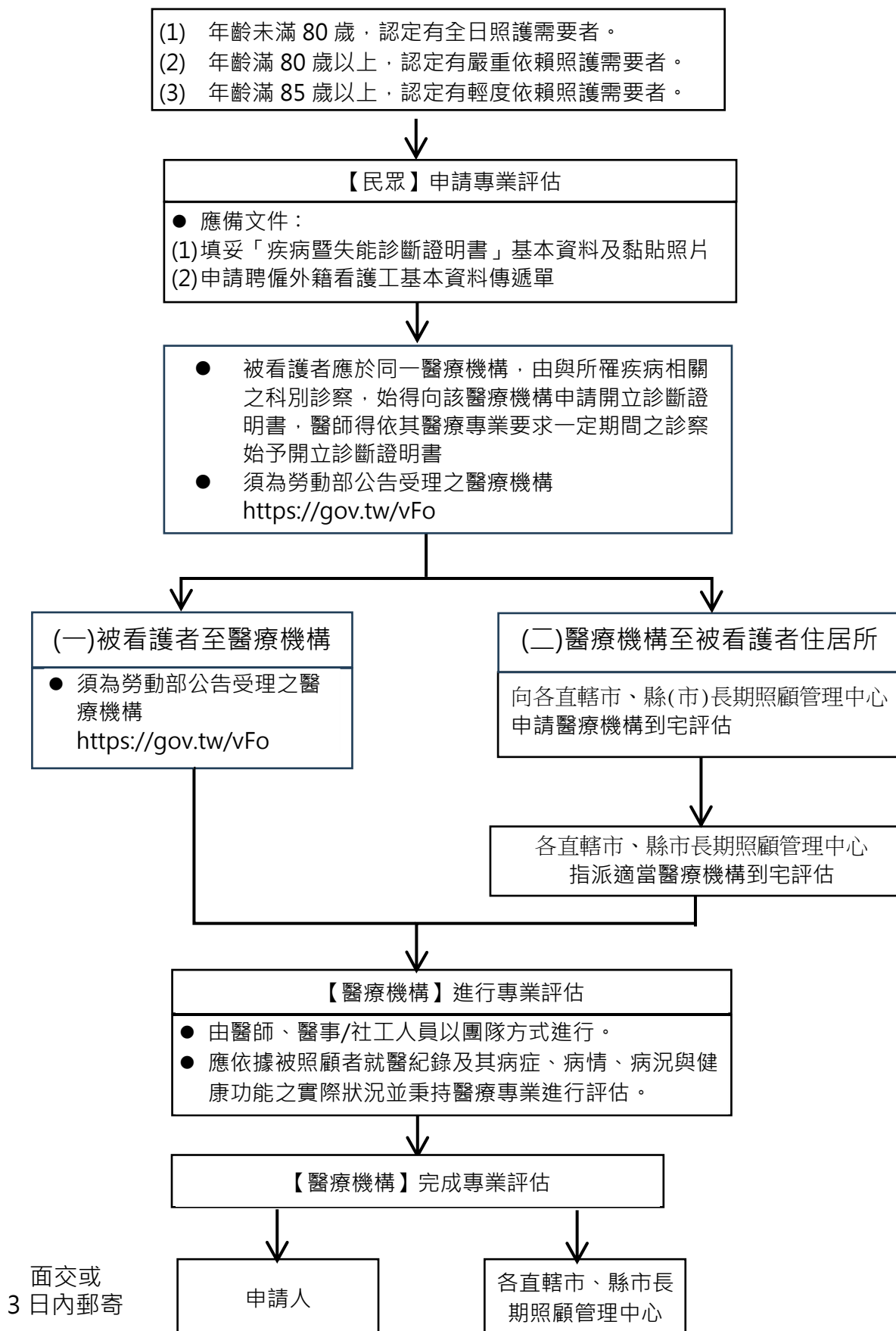
- (一) 收訖醫療機構寄達之書表內容後，依勞動部規定儘速向申請民眾推介媒合本國籍照顧服務員之程序，推介不成功，則續辦理申請聘僱外籍家庭看護工作業。
- (二) 將民眾申請案件鍵入聘僱外籍家庭看護工審查系統並傳輸至勞動部。
- (三) 向民眾介紹長期照顧服務，瞭解被照顧者長期照顧問題，經申請民眾同意，協助其透過 1966 長照服務專線系統轉介照管中心，由照管專員到宅評估長照需要等級，進而銜接長照服務或連結所需福利服務資源。

十三、申請外籍家庭看護工之被照顧者專業評估流程如附圖。

十四、病症暨失能診斷證明書(含各項特定病症、病情、病況及健康功能附表、巴氏量表)、申請聘僱外籍看護工基本資料傳

遞單，詳附表 1、附表 2。

附圖、醫療機構辦理聘僱外國人從事家庭看護工作之被看護者 專業評估方式流程圖



病症暨失能診斷證明書

流水編號（醫院自行編號）：

112 年 10 月 13 日修訂

醫療機構名稱										（以 3 個月內 2 吋脫帽半身正面照片為限，並加蓋醫院騎縫章或鋼印）				
姓名			性別											
年齡		歲	民（前）國		年	月	日生							
身分證字號														
現居地址	縣		鄉鎮			村		鄰		路				
	市		區市			里		街						
	段		巷			弄		號之		樓				
評估日期	年		月	日		病歷號碼		連絡電話						
病名及健康功能狀況														
請詳述治療經過、預後及醫師囑言														
照護需要評估	<input type="checkbox"/> 被看護者年齡未滿 80 歲有全日照護需要。 <input type="checkbox"/> 被看護者年齡滿 80 歲以上，有嚴重依賴照護需要。 <input type="checkbox"/> 被看護者年齡滿 85 歲以上，有輕度依賴照護需要。 <input type="checkbox"/> 經醫療專業診斷為完全依賴(巴氏量表評為 0 分)，且於 6 個月內病情無法改善。 <input type="checkbox"/> 被看護者不符合上述四項評估結果。 <input type="checkbox"/> 目前無法判斷，理由：_____。													
負責醫師：				診治醫師：				（簽名並蓋章）						
中華民國				年		月		日		開立				
				醫師證書字號：										

備註：本診斷證明書效期自開立日起 1 年內有效。

各項特定病症、病情、病況及健康功能附表

被看護者姓名： _____

- 1皮膚嚴重或大範圍（30% 以上）之病變導致生活功能不良者，如嚴重灼燙傷或電傷、天庖瘡、類天庖瘡、紅皮症、各種水疱症、魚鱗癬、蕁樣黴菌病及 Sézary 症候群。
- 2重度骨關節病變導致骨質脆弱或髖、膝、肘、肩等至少 2 個關節僵直或攣縮導致生活功能不良者。
- 3雙側髖或膝關節經手術(如人工關節置換或重整術)後仍功能不良，須重置換，且其運動功能受損，無法自行下床活動，生活功能不良者。
- 4重度類風濕性關節炎併發多處關節變形，導致生活功能不良者。
- 5重度或複雜性或有併發症之骨折(如雙下肢或一上肢併一下肢骨折、開放性粉碎性骨折且合併骨髓炎等)，影響運動功能或須靠輔助器才能行動，導致生活功能不良者。
- 6慢性阻塞性肺病，導致肺功能不良，影響生活功能之執行者。
- 7腦血管疾病導致明顯生活功能受損者
- 8腦傷導致明顯生活功能受損者
- 9腦性麻痺明顯生活功能不良者
- 10脊髓損傷導致明顯生活功能受損者
- 11中樞、周邊神經及肌肉系統病變，其肢體運動功能障礙達重度等級以上，明顯生活功能不良者。
- 12截肢併明顯生活功能受損者
- 13兩眼矯正視力皆在 0.01 以下者。
- 14醫療團隊評估認定為罹患其他嚴重病況且健康功能狀況不良者，有全日照護需要
(請詳述被看護者經評估為需全日照護需要之事實原因)

- 15醫療團隊評估認定為罹患其他嚴重病況且健康功能狀況不良者，有嚴重依賴照護需要
(請詳述被看護者經評估為嚴重依賴照護需要之事實原因)

- 16醫療團隊評估認定為罹患其他病況且健康功能狀況不良者，有輕度依賴照護需要
(請詳述被看護者經評估為輕度依賴照護需要之事實原因)

備註：如為罹患失智症，由 1 位神經科或精神科專科醫師診斷，並於 CDR(臨床失智評估量表)載明 1 分以上，免經醫療機構團隊專業評估。

醫療團隊簽章：

(至少應有 2 位以上專業人員，應包含 1 位醫師及 1 位醫事/社工人員簽名並蓋章)

巴氏量表(Barthel Index)

被看護者姓名：_____

項 目	分數	內 容
一、進食	10 5 0	<input type="checkbox"/> 自己在合理的時間內(約 10 秒鐘吃一口)．可用筷子取食眼前食物．若須使用進食輔具，會自行取用穿脫，不須協助． <input type="checkbox"/> 須別人協助取用或切好食物或穿脫進食輔具． <input type="checkbox"/> 無法自行取食．
二、移位 (包含由床上平躺到坐起，並可由床移位至輪椅)	15 10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行坐起，且由床移位至椅子或輪椅，不須協助，包括輪椅煞車及移開腳踏板，且沒有安全上的顧慮． <input type="checkbox"/> 在上述移位過程中，須些微協助(例如：予以輕扶以保持平衡)或提醒．或有安全上的顧慮． <input type="checkbox"/> 可自行坐起但須別人協助才能移位至椅子． <input type="checkbox"/> 須別人協助才能坐起，或須兩人幫忙方可移位．
三、個人衛生 (包含刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍子)	5 0	<input type="checkbox"/> 可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍子． <input type="checkbox"/> 須別人協助才能完成上述盥洗項目．
四、如廁 (包含穿脫衣物、擦拭、沖水)	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行上下馬桶，便後清潔，不會弄髒衣褲，且沒有安全上的顧慮．倘使用便盆，可自行取放並清洗乾淨． <input type="checkbox"/> 在上述如廁過程中須協助保持平衡．整理衣物或使用衛生紙． <input type="checkbox"/> 無法自行完成如廁過程．
五、洗澡	5 0	<input type="checkbox"/> 可自行完成盆浴或淋浴． <input type="checkbox"/> 須別人協助才能完成盆浴或淋浴．
六、平地走動	15 10 5 0	<input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具(包括穿支架義肢或無輪子之助行器)皆可獨立行走 50 公尺以上． <input type="checkbox"/> 需要稍微扶持或口頭教導方向可行走 50 公尺以上． <input type="checkbox"/> 雖無法行走，但可獨立操作輪椅或電動輪椅(包含轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行 50 公尺以上． <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙．
七、上下樓梯	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯(可抓扶手或用拐杖)． <input type="checkbox"/> 需要稍微扶持或口頭指導． <input type="checkbox"/> 無法上下樓梯．
八、穿脫衣褲鞋襪	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣褲鞋襪，必要時使用輔具． <input type="checkbox"/> 在別人幫忙下，可自行完成一半以上動作． <input type="checkbox"/> 需要別人完全幫忙．
九、大便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 不會失禁，必要時會自行使用塞劑． <input type="checkbox"/> 偶而會失禁(每週不超過一次)，使用塞劑時需要別人幫忙． <input type="checkbox"/> 失禁或需要灌腸．
十、小便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁，必要時會自行使用並清理尿布尿套． <input type="checkbox"/> 偶而會失禁(每週不超過一次)，使用尿布尿套時需要別人幫忙． <input type="checkbox"/> 失禁或需要導尿．
總分		分(總分須大寫並不得有塗改情形，否則無效)

備註:依巴氏量表的總分評量表依賴程度之等級分：完全依賴 0-20 分、嚴重依賴 21-60 分、中度依賴 61-90 分、輕度依賴 91-99 分、完全獨立 100 分。

醫療團隊簽章：

(至少應有 2 位以上專業人員，應包含 1 位醫師及 1 位醫事/社工人員簽名並蓋章)

申請聘僱外籍看護工基本資料傳遞單

申請日期： 年 月 日

※粗框欄內資料應由申請人填寫
※外國人行蹤不明申請遞補者，免辦理專業評估

申請人姓名		身分證字號					
申請人聯絡電話(不得為仲介電話)	日間電話：	申請人通訊地址：					
	行動電話：	被看護者現居地址：					
被看護者姓名		身分證字號					
被看護者生日		年	月	日	關係		

醫院名稱：

醫院承辦人(聯絡人)及電話：

評估結果	開立日期	年	月	日
<input type="checkbox"/> x. 被看護者年齡未滿 80 歲，有全日照護需要 <input type="checkbox"/> y. 被看護者年齡滿 80 歲以上未滿 85 歲，有嚴重依賴照顧需要或全日照顧需要 <input type="checkbox"/> w. 被看護者年齡滿 85 歲以上，有輕度以上依賴照顧需要 <input type="checkbox"/> z. 巴氏量表 0 分且於 6 個月內病情無法改善 <input type="checkbox"/> b. 被看護者不符合上述四項評估結果 <input type="checkbox"/> c. 目前無法判斷	(醫院圖記)	醫療團隊章： (至少 2 人) 院長章：		

長期照顧管理中心名稱：

收件日期	年	月	日	
被看護者符合以下條件之一，不須評估：				
<input type="checkbox"/> d. 於收件日前 1 年內曾完成評估並經醫療機構之團隊開立病症暨失能診斷證明書，且評估結果符合申請外籍看護工條件，不須重複評估				
<input type="checkbox"/> e. 符合外國人從事就業服務法第 46 條第 1 項第 8 款至第 11 款工作資格及審查標準第 18 條附表二之特定身心障礙項目第__項等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				
<input type="checkbox"/> j. 符合長期照顧服務申請及給付辦法第 7 條及第 9 條附表四，且由各級政府補助使用居家照顧服務、日間照顧服務或家庭托顧服務連續達 6 個月以上者				
<input type="checkbox"/> k. 經神經科或精神科專科醫師開立失智症診斷證明書，並載明或檢附臨床失智評估量表 (CDR) 1 分以上者				
<input type="checkbox"/> f. 年齡滿 75 歲以上，經雇主申請重新招募外籍看護工者				
<input type="checkbox"/> m. 取得身心障礙證明，且依身心障礙者權益保障法第 6 條及第 14 條規定，免重新鑑定，經雇主申請重新招募外籍看護工或曾聘僱外籍看護工現申請聘僱中階技術家庭看護工者				
<input type="checkbox"/> g. 曾經醫療機構專業評估認定有全日照顧需要，且為腦性麻痺明顯生活功能不良、脊髓損傷導致明顯生活功能受損或截肢併明顯生活功能受損等病症，經雇主申請重新招募外籍看護工或曾聘僱外籍看護工現申請聘僱中階技術家庭看護工者				
<input type="checkbox"/> h. 曾經醫療機構專業評估認定有全日照顧需要，且由醫療機構開立符合全癱無法自行下床、需 24 小時使用呼吸器或維生設備、植物人相關證明，經雇主申請重新招募外籍看護工或曾聘僱外籍看護工現申請聘僱中階技術家庭看護工者				
<input type="checkbox"/> n. 雇主符合外國人從事就業服務法第 46 條第 1 項第 8 款至第 11 款工作資格及審查標準第 61 條第 2 項第 1 款，且申請聘僱中階技術家庭看護工作者				
<input type="checkbox"/> p. 年齡滿 75 歲以上，雇主曾聘僱外籍看護工，現申請聘僱中階技術家庭看護工者				
推介完成日期		年	月	日

推 介 結 果	<input type="checkbox"/> a. 申請接續聘僱外國人或變更被看護者，僅介紹照顧服務資源
	<input type="checkbox"/> b. 接受衛生福利部國內居家照顧服務補助
	<input type="checkbox"/> c. 接受長照中心推介之本國照顧服務員
	<input type="checkbox"/> d. 經長照中心推介 1 次無人選可推介
	<input type="checkbox"/> e. 已推介____名本國照顧服務員,但因下列理由未僱用： ①求職者認為工作地點太遠 ②求職者已另行就業 ③求職者未依約前往面試 ④求職者自願放棄工作機會 ⑤求職者自認體能無法勝任 ⑥求職者要求月薪資超過3萬2千元至3萬5千元 ⑦求職者不願從事24小時看護工作 ⑧雇主要求求職者從事看護以外之工作 ⑨其他(請於下列詳述理由)
	求職者： 理由：
<input type="checkbox"/> f. 其他註記：	
長照中心戳記	
主任(或課長、督導)章： _____ 承辦人： _____ 聯絡電話： _____	

AF-034

11210 版

評估結果欄位填表說明

- 一、被看護者年齡未滿 80 歲，經醫療機構以團隊方式專業評估有全日照護需要者，一律勾選 x 選項。
- 二、被看護者年齡滿 80 歲以上未滿 85 歲，經醫療機構以團隊方式專業評估有嚴重依賴照護需要者或全日照護需要，均勾選 y 選項。
- 三、被看護者年齡滿 85 歲以上，經醫療機構以團隊方式專業評估有輕度以上依賴照顧需要者，均勾選 w 選項。
- 四、巴氏量表評估結果為 0 分且於 6 個月內病情無法改善，依規定可增聘外籍家庭看護工 1 名者，不論是否符合其他選項，均只須勾選 z 選項。
- 五、經醫療機構以團隊方式專業評估不符合其他選項者，應勾選 b 選項。
- 六、經醫療機構以團隊方式專業評估，無法判斷被看護者依賴照顧需要程度者，應勾選 c 選項。